

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Juin 1894, à 1 heure

Par J.-M. MIRAS,

Né à Sulina, en 1867,

De l'Université d'Athènes.

LE SCLÉRÈME
DES NOUVEAU-NÉS

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
MAYGRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894 T H È S E N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Juin 1894, à 1 heure

Par J.-M. MIRAS,

Né à Sulina, en 1867,

De l'Université d'Athènes.

LE SCLÉRÈME DES NOUVEAU-NÉS

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { MAYGRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		N...
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTGER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A SPARTE, MA CHÈRE PATRIE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,

Membre de l'Académie de Médecine,

Professeur à la Clinique d'accouchement de la Faculté de Paris,

Commandeur de la Légion d'honneur.



PRÉFACE



Avant de commencer l'étude qui doit faire le sujet de ce travail, je dois d'abord payer un juste tribut d'hommages respectueux à l'éminent maître qui a bien voulu inspirer cette thèse et en accepter la présidence. C'est un grand honneur pour moi d'avoir pour juge de cette œuvre si modeste le chef incontesté de l'école obstétricale actuelle. Que M. le professeur Tarnier veuille bien agréer ici l'assurance de ma gratitude la plus sincère.

Que tous mes maîtres dans les hôpitaux, que tous ceux qui m'ont aidé de leurs bons conseils et de leurs sages avis, reçoivent l'expression de tous mes remerciements. Je ne puis oublier à cette occasion de saluer en passant la vénérable mémoire du regretté professeur Peter. Admirateur passionné de son grand talent, j'aurai toujours pré-

sont à l'esprit le souvenir de cette intelligence d'élite.

Que M. le professeur Potain dont j'ai pu apprécier les savantes cliniques, que M. le docteur Descroizilles qui a bien voulu me faire profiter de sa longue expérience, que M. le docteur Péan qui m'a toujours accueilli avec tant de bienveillance, que M. le docteur Demelin, chef de clinique obstétricale, à qui je dois tant pour les matériaux qu'il m'a fournis si obligeamment pour ce travail, que tous mes amis enfin veuillent bien agréer ici l'hommage de ma profonde reconnaissance.

Qu'il me soit permis aussi, au moment de terminer mes études médicales à la Faculté de Paris, d'offrir à son illustre doyen, M. le professeur Brouardel, l'expression de mes sentiments les plus respectueux, et que son sympathique collaborateur M. Pupin, le dévoué secrétaire de la Faculté, veuille bien accepter une large part dans mes remerciements les plus sincères.

Je ne veux pas quitter ce beau pays de France sans exprimer toute mon admiration et toute ma gratitude pour la noble nation qui accueille les étrangers avec une si généreuse hospitalité. Attirés ici par la juste renommée de l'Ecole de Paris, par l'enseignement incomparable de ses savants professeurs, par la réputation universelle de ses habiles cliniciens, nous retournons dans nos chères patries en emportant le souvenir impérissable de notre séjour dans la capitale du monde civilisé,

ce foyer des plus hautes illustrations en tous genres, dans ce Paris sans rival dont nous proclamons ouvertement les mérites et la gloire.

Amis de la France, nous lutterons pour répandre son influence scientifique et pour lui maintenir sa prééminence morale entre tous les peuples nous rappelant ce mot célèbre que « Tout homme a deux patries, la sienne d'abord, la France ensuite. »





DÉFINITION ET DIVISION

Sous le nom de sclérème, nous désignons une affection des nouveau-nés caractérisée par un durcissement du tissu cellulaire sous-cutané sans trace d'œdème, avec abaissement notable de la température du corps.

Le nom sclérème a été donné pour la première fois par Chaussier : il vient du mot grec *σκληρην* qui signifie durcissement.

On a donné aussi à cette maladie les noms d'endurcissement, induration du tissu cellulaire, œdème compact, œdème algide, squirrhosarque. Nous acceptons comme tous les auteurs classiques le nom de sclérème (Thèse de Phelipeau, 1857).

Afin d'exposer avec clarté cette question du sclérème des nouveau-nés que nous avons prise pour

sujet de cette thèse inaugurale, nous avons cru bon d'adopter les divisions suivantes :

1° Historique ; 2° Etiologie ; 3° Description ;
4° Pronostic et traitement ; 5° Observations ;
6° Conclusions ; 7° Bibliographie.





HISTORIQUE



Le père de la médecine, l'immortel Hippocrate, et les autres médecins grecs ne citent aucune observation nous démontrant qu'ils connaissaient le sclérème des nouveau-nés.

Depuis cette époque jusqu'au ^{xvii}^e siècle dans tous les auteurs, nous ne trouvons pas trace d'une description ou d'une observation nous faisant au moins supposer que les anciens ont observé cette affection.

En 1718, pour la première fois, Jean-André Uzembesius, dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, a publié une observation d'un nouveau-né atteint de cette maladie et, en citant le cas, il disait que « l'enfant ressemblait à un morceau de viande desséché à la fumée », et en voulant expliquer la pathogénie, il ajouta que « la vue de statues en pierre pouvait exercer sur la

mère pendant la grossesse une influence telle qu'elle mettait au monde un enfant dur », mais cette observation passa presque inaperçue.

Underwrood, soixante ans plus tard, chirurgien de l'hôpital des femmes en couches à Londres, et Demmant, professeur à Midleex, ont signalé l'un après l'autre l'existence de cette affection ; ils ont cité le cas d'Uzembesius et ils ont publié une description à peu près complète des symptômes.

Tout cela se passait en Angleterre.

En France, presque en même temps, Doublet, médecin de l'hospice de Vaugirard (établissement philanthropique pour les nouveau-nés vénériens), dans le *Journal de médecine* de 1785, parle de cette affection comme d'un symptôme de syphilis congénitale.

Audry, de Paris, dès qu'il a connu les travaux de Underwrood à Londres, a cherché à étudier l'endurcissement des nouveau-nés et dans l'hospice des enfants trouvés où il était médecin, en observant l'œdème des nouveau-nés, maladie tout à fait différente du sclérème, comme nous le verrons par la suite en parlant du diagnostic, il a confondu les deux affections à tel point que lorsque plus tard Underwrood lut les observations d'Audry, il fut frappé de la différence des symptômes de l'affection décrite par l'auteur français, il n'attribua pas cette confusion à une erreur clinique, mais il entendit qu'il s'agissait de la même maladie et que cette maladie présentait une différence de

symptômes à cause des climats et des milieux (Parrot, *de l'Athrepsie*, 1877).

C'est l'origine de la confusion du sclérème et de l'œdème des nouveau-nés et cette confusion a duré comme nous verrons plus loin très longtemps.

La Société royale de médecine proposa en 1789 un prix sur cette question. Le sujet était : « Déterminer quelles sont les causes de l'endurcissement du tissu cellulaire auquel les enfants nouveau-nés sont sujets. Quel doit en être le traitement, soit palliatif, soit curatif. »

Trois mémoires furent présentés à la Société : celui d'Auverty de Paris, de Nathanael d'Ulm de Londres, et de Naudeaux de Saint-Etienne. Auverty était couronné par la Société, et dans son travail il avait résumé toutes les idées de son époque. Il était tombé dans la même erreur que les précédents au point de vue du sclérème et de l'œdème des nouveau-nés, mais il a bien démontré que la cause déterminante était le froid et il disait que le nouveau-né, sous l'action de la réfrigération, devient rigide et dur comme le cuir ou le bois.

Ensuite viennent la thèse de Trocon, en 1814, sur les maladies des nouveau-nés et les thèses de Barbeaux et de Genay, en 1822, de Léger et Denis de Commercy, en 1824. Dans tous ces travaux, les auteurs acceptent les mêmes idées que les précédents, sauf Denis de Commercy qui, en se basant sur la thèse de Dugué, professeur agrégé à la Faculté de Paris, accepte le sclérème et l'œdème

comme la même affection, mais en distingue deux variétés : une forme séreuse et une forme adipeuse.

Puis Peletan, professeur à Milan, dans son travail dans les *Archives générales de médecine*, mettant en doute l'action du froid disait que le sclérème n'était pas une maladie mais un phénomène d'agonie et presque cadavérique.

Billard, dans son *Traité des maladies des enfants*, et Valleix, dans sa thèse d'abord et ensuite dans son livre des maladies des nouveau-nés, acceptent l'un après l'autre les idées de Peletan et le dernier, en voulant donner une cause pathogénique encore plus complexe, attribue l'endurcissement de la peau à une asphyxie lente.

En 1856, M. Legroux a communiqué à la Société de médecine des hôpitaux une nouvelle théorie sur l'action du froid chez les enfants en acceptant que le froid produit une inertie musculaire : d'où la dureté de la peau et tous les symptômes du sclérème et il a proposé, en se basant sur sa théorie, un nouveau traitement très efficace selon lui : le massage. Une année plus tard, son élève Phéliepeaux a fait une thèse sur son inspiration, et cette thèse est la dernière sur cette question à notre connaissance (1857).

Bouchut, plus tard en France, et Hennig, en Allemagne, ont fait la même confusion entre le sclérème et l'œdème, et Clémentowsky, de Moscou, pour pousser encore la confusion plus loin, et pour

compliquer encore mieux les choses, accepte trois variétés de sclérème : 1^o la forme érysipélateuse ; 2^o la forme œdémateuse ; 3^o la forme adipeuse.

Le professeur Parrot, en 1877, dans son excellent livre sur l'Athrepsie, a définitivement séparé le sclérème de l'œdème et il a démontré, pour la dernière fois, avec son talent magistral, que les anciens sans exception ont décrit sous un seul nom ces maladies différentes de nature, différentes de symptômes et d'étiologie et différentes par conséquent pour le pronostic et pour le traitement. Mais Parrot est tombé dans une grande erreur en voulant démontrer et acceptant que le sclérème est un phénomène d'athrepsie et qu'il ne se voyait pas en dehors de cette maladie, car il peut se présenter le plus fréquemment en dehors de cette affection, comme nous verrons tout à l'heure quand nous parlerons de l'étiologie du sclérème.

Nous arrivons à l'article de Depaul, article de « Nouveau-nés », dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*. Dans cet article, l'auteur accepte tout à fait la doctrine de Parrot.

Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Letulle a fait un article très remarquable pour cette affection, mais en acceptant les idées de Depaul, il tombe dans la même erreur que Parrot.

Nous citerons enfin les traités des maladies des enfants et en outre les livres de MM. Descroizilles, d'Espine et Picot, Bagynski, Comby, etc.

M. Descroizilles, notre savant maître, dans la dernière édition de son excellent livre, a bien décrit cette maladie et il a mis la question à un point scientifique tel que son article « du Sclérème » est pour nous un guide clair et très important pour notre thèse inaugurale.

C'est là à peu près tout ce que nous savons sur l'historique du sclérème des nouveau-nés ; maintenant, nous allons parler de son étiologie.





ETIOLOGIE



Le sclérème des nouveau-nés est maintenant une maladie assez rare et elle devient de plus en plus, depuis que tous les enfants naissant avant terme sont mis dans la couveuse avec toutes les précautions indiquées si scientifiquement et si minutieusement à la Maternité de Paris, par notre maître, M. le professeur Tarnier.

En effet, nous avons cherché dans les registres de sa clinique tous les cas de sclérème et nous n'avons pu recueillir que cinq observations depuis l'année 1889 jusqu'à présent, tellement, dans ces derniers temps, cette affection est devenue rare.

Au contraire dans la crèche de la Maternité, service qui était fait pour les nouveau-nés, malades, naissant en ville, nous avons recueilli 65 cas dans une année presque, et dans tous ces cas les enfants étaient transportés du dehors avec le cortège des symptômes du sclérème.

Cette affection, selon tous les auteurs, est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, mais cette différence n'est pas grande. Dans 75 cas nous avons observé 39 garçons et 36 filles, et s'il y a un peu plus de fréquence chez les garçons, c'est que les garçons sont plus nombreux que les filles.

Elle est beaucoup plus fréquente pendant l'hiver que pendant l'été mais elle peut s'observer pendant les grandes chaleurs, comme Billard l'a démontré avec la statistique suivante, en 1826, sur 177 enfants atteints de sclérème dans son service des enfants trouvés :

Janvier . .	15	Juillet	4
Février . . .	15	Août	14
Mars	16	Septembre .	10
Avril	10	Octobre . . .	16
Mai	22	Novembre .	22
Juin	3	Décembre .	15

(D'après Bouchut : *Maladies des nouveau-nés*, 7^e édition, p. 864).

Cette maladie se manifeste les premiers jours qui suivent la naissance ; selon Billard et Suklin, elle peut être congénitale, mais la chose n'est pas bien définitivement démontrée. Elle atteint surtout les enfants nés avant terme ; les enfants cachectiques, mal vêtus et mal nourris et qui se trouvent en pleine misère physiologique et sociale, comme disait il n'y a pas longtemps encore notre

très regretté maître Peter, l'illustre professeur de cette Faculté.

Mais elle peut atteindre aussi les enfants nés à terme, bien portants, bien nourris, bien vêtus, des enfants qui n'ont aucune tare organique, aucun phénomène de cachexie, aucun défaut à leur naissance; ces cas sont beaucoup plus rares.

Le sclérème peut également se montrer dans le choléra infantile, à sa période d'algidité et de collapsus et sa valeur pronostique est très grande, puisqu'il indique presque toujours une terminaison fatale.

Parrot, dans son « Athrepsie » et Depaul ensuite dans son article « Nouveau-nés » du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, considèrent le sclérème comme un symptôme d'athrepsie et ils disent qu'il ne se présente qu'à la fin de cette affection. Comby, dans son récent livre : *Maladies de l'enfance*, adopte leurs idées, mais notre savant maître, M. Descroizilles, dans son excellent livre de pathologie infantile, dit avec juste raison : « Il serait inexact d'admettre une connexion constante entre ces deux affections, chacune des deux peut en réalité se développer isolément et beaucoup d'enfants dits athreptiques ne présentent jusqu'à la fin de leur vie aucun des caractères du sclérème. »

Ce ne sont que des causes prédisposantes; mais quelles sont les causes déterminantes ?

Les premiers observateurs, Unterwood et Audry, avaient déjà bien aperçu le froid comme cause du sclérème, et Dugué, dans sa thèse, en 1821, pour bien démontrer la chose, disait que depuis qu'on a chauffé la salle de crèches, il a reconnu une diminution notable des enfants atteints de cette affection et Auverty, dans son travail couronné par la Société royale de médecine, en 1789, s'exprime ainsi avec une grande netteté :

« La constitution de l'atmosphère est bien éloi-
« gnée de la douce température dans laquelle
« l'enfant est plongé avant de naître. Plus cette
« température est froide, plus l'impression qui
« résulte de cette différence est violente sur lui.
« En effet, l'air par son intempérie comprime
« toute la surface du corps ; les pores de la peau
« se resserrent, la matière de l'insensible transpi-
« ration est retenue ; de là l'épanchement de cette
« humeur dans le tissu cellulaire. Si cette tempé-
« rature n'est pas modifiée, les solides se crispent
« et se condensent. De là la roideur et l'immobi-
« lité des membres et la dureté dans le tissu cel-
« lulaire. » (Thèse de Leger, Paris, 1823, p. 11).

Mais ses idées étaient mises en doute par quelques-uns de ses successeurs et en outre par Valleix et Hennig qui considéraient le sclérème comme une affection inflammatoire, et aujourd'hui encore en Allemagne, par Baginsky, qui prétend que cette maladie se produit par un agent infectieux inconnu jusqu'à présent qui agit sur les

parois des petits vaisseaux. (Baginsky : *Maladies des enfants*, traduction par Guinon).

Aujourd'hui il est bien démontré et généralement adopté presque par tous les auteurs classiques, que le froid est la cause déterminante du sclérème, car il est bien établi que cette maladie est beaucoup plus fréquente pendant l'hiver que pendant l'été et qu'aujourd'hui elle est beaucoup plus rare, parce que les enfants naissant avant terme sont mis dans la couveuse où par conséquent ils ne sont plus exposés à l'action du froid et de l'humidité.

Mais comment le froid peut-il agir pour produire cette affection ?

Je laisse de côté toutes les théories plus ou moins ingénieuses qu'on a inventées pour expliquer cette action du froid depuis Unterwrood, qui considérait l'endurcissement comme un spasme de la peau, jusqu'à Legroux et Phelipeaux qui le regardaient comme dû à l'inertie musculaire et je considère l'action du froid pour produire le sclérème comme ayant pour résultat une coagulation de la graisse dans le tissu cellulaire, d'où consécutivement une production immédiate de rigidité et de dureté de la peau.

Et en effet la graisse du fœtus a une prédisposition chimique, à se coaguler facilement à cause de sa différence de composition avec la graisse de l'adulte suivant les recherches de Langer, cité

dans le *Traité des Maladies des enfants* par Baginsky.

	Nouveau-nés.	Adultes.
Acide palmique.	28,97	8,16
Acide stéarique.	6,28	2,04
Acide gras. . .	66,75	89,90 = Baginsky, <i>l. c.</i>)

En jetant un coup d'œil sur ce tableau, nous voyons qu'il existe une grande différence entre la graisse de l'adulte et du nouveau-né.

Chez le nouveau-né, l'acide palmique et l'acide stéarique sont plus considérables, tandis que chez l'adulte, au contraire, les acides gras sont en plus grande proportion.

De cette différence résulte que le point de fusion de la graisse du nouveau-né est plus élevé, d'où, vu sa plus grande sensibilité au froid, la solidification est facile et la production du sclérème la conséquence immédiate.

Telle est la conséquence du sclérème. Dans cette étiologie, nous avons cherché à être bref et surtout clair en laissant de côté toutes les imaginations que l'esprit humain peut inventer quand il est embarrassé pour expliquer une chose un peu difficile, et en soutenant les idées qu'accepte notre illustre maître, M. le professeur Tarnier. Nous croyons défendre la théorie la plus logique et la plus vraie théorie scientifique qui ne satisfait pas seulement l'esprit, mais qui est aussi en concordance avec les faits cliniques.





DESCRIPTION



Le sclérème des nouveau-nés commence par les membres inférieurs et principalement par les deux mollets symétriquement, ensuite il se généralise en envahissant tout le corps.

Selon quelques auteurs, notamment selon West, il peut commencer par la face ou par une autre région du corps.

Le début de cette affection passe le plus souvent inaperçu et le premier symptôme qui frappe la mère ou le médecin est l'endurcissement de la peau qui se manifeste sur une partie du corps et peut y rester limité ou se propager dans toute sa surface en donnant au petit malade l'aspect de la rigidité cadavérique ou, selon Bouchut, l'aspect d'un cadavre gelé.

Cet endurcissement commence d'une façon assez bizarre.

La peau qui, chez les enfants avant terme, offre la coloration rouge, devient pâle et, dans certains endroits, bleu rouge, elle perd sa souplesse naturelle et son élasticité, elle perd ses plis normaux et son aspect lisse et devient rigide, résistante et tellement dure qu'en essayant de la plier entre les deux doigts on éprouve de la difficulté, car la peau paraît être étroitement collée avec les tissus plus profonds et le plissement de ces téguments devient très difficile et tout à fait impossible.

Les parties malades sont d'une teinte violette plus ou moins foncée, mais la coloration, dans bien des cas, reste normale aussi. Si le sclérème est généralisé, tout le corps entier est d'un rouge foncé, ou il présente des taches violacées séparées par des intervalles moins foncés et plus clairs.

Les parties atteintes sont dures et d'une dureté fibro-cartilagineuse, les membres sont en extension et les articulations comme ankylosées, car l'induration autour d'elles empêche chaque mouvement de se faire.

Souvent l'induration se propage, dans un moment donné, et se généralise au point que les pauvres petits sont serrés par de larges plaques rigides ; ils restent sans mouvement, comme du bois, sans pouvoir ouvrir la bouche ni téter, parce que les lèvres qui sont cyanosées sont endurcies et par conséquent immobiles.

Les enfants paraissent souffrir beaucoup ; leur thorax offre quelques légers mouvements et leur

voix, quand ils se plaignent, a le timbre aigu ressemblant beaucoup aux cris des hydrocéphales ; souvent elle est étouffée, elle se perd dans le larynx ou elle est nulle.

Dugué, pour démontrer la dureté du petit malade, prenait l'enfant au dessous de la tête et il le soulevait tout d'une pièce.

Trousseau avait bien observé ce phénomène et Parrot soulevait l'enfant en lui mettant sous le dos le bord radial de la main.

La sensibilité des parties atteintes n'est nullement diminuée, les petits malades répondent exactement aux sensations douloureuses qu'on leur fait sentir, mais dans un seul cas nous avons constaté une anesthésie de la face antérieure de la cuisse jusqu'au pli de l'aîne, tandis que les autres parties envahies présentaient une sensibilité normale.

Les parties malades ont une température basse et la main qui les touche éprouve une sensation désagréable ; cet abaissement est très notable et il n'y a aucune autre maladie où la température s'abaisse comme dans cette affection. Chez un malade de Roger, le thermomètre est descendu à 22 degrés ; et dans sept autres cas du même auteur à 26 degrés, et dans dix-neuf cas, la température était inférieure à 33 degrés.

D'après Parrot, le thermomètre introduit dans le rectum s'abaisse quelquefois à 22 degrés et cet abaissement persiste malgré tous les moyens

médicaux et sous les interventions thérapeutiques pratiquées avec persistance ; si alors une complication fébrile, la pneumonie par exemple, qui est très fréquente, survenait, la température ne reviendrait pas à la normale.

Malgré cette diminution notable, la vie de l'enfant peut se prolonger encore pendant quelques jours. Ce refroidissement augmente toujours avec le progrès de l'affection, on dirait, selon Bouchut, des corps inanimés soumis aux lois de la matière inerte.

Dans des cas bien rares, le thermomètre peut avoir des oscillations modérées et à la fin quand la mort est proche, il peut y avoir une élévation de la température comme Roger l'a bien démontré depuis longtemps déjà.

La respiration de l'enfant est très faible et il y a des moments où on ne l'entend pas ; on a bien observé des cas où l'enfant fait de temps en temps une inspiration courte et pénible et aussitôt sa cage thoracique retombe immobile (Leger, Thèse de Paris).

Les mouvements du cœur sont ralentis, les battements sont faibles et très obscurs, le pouls est petit, lent et misérable.

Etudions maintenant les complications dont les plus fréquentes sont celles des poumons, bien étudiées par Hulm, Trocon, Dagué, West, etc. elles surviennent à la période ultime de la maladie et elles amènent souvent fatalement la mort.

Nous observons aussi comme complication l'ictère, les convulsions, l'entérite, le muguet, des vomissements, de l'albuminurie et l'œdème des nouveau-nés qui en se surajoutant compliquent le diagnostic et provoquent rapidement la fin de l'enfant ; enfin, certains auteurs ont signalé comme complications certaines inflammations de la peau.

Mais ce n'est pas tout : le sclérème peut lui-même venir compliquer le choléra infantile, comme Lessage dans sa thèse l'a très bien décrit ; dans sa deuxième période de l'algidité et du collapsus le sclérème se présente avec tout son cortège de symptômes, il peut apparaître comme l'algidité même dans 24 à 48 heures, et il a une issue presque fatale.



MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

Le sclérème se déclare à une époque très rapprochée de la naissance depuis huit heures jusqu'à 8 jours et encore plus.

Il y a des auteurs qui acceptent le sclérème congénital, je crois qu'ils ont tort, car le froid, qui est la cause déterminante du sclérème ne peut pas agir sur le fœtus dans le ventre de sa mère pour le produire ; nous acceptons que le fœtus dans le ventre a une prédisposition héréditaire ou une cachexie par une cause quelconque et l'action du froid après sa naissance vient agir sur un terrain préparé déjà ; mais pour l'accepter comme congénital, c'est difficile et, en outre, cliniquement nous n'avons pas pu le constater.

La durée de la maladie varie de trois à sept jours et, selon Léger, elle dure d'autant moins longtemps qu'elle se déclare à une époque plus voisine de la naissance. Après la mort arrive tantôt par

le progrès de l'affection même, tantôt par une complication et surtout par la pneumonie.

Quand le malade va guérir, la respiration et la circulation redeviennent plus actives, l'enfant commence à faire de petits mouvements, à pousser des cris plus forts ; sa température monte à la normale, tandis que la dureté des téguments disparaît progressivement et la peau reprend sa souplesse, sa couleur et son aspect normal.

Ainsi nous avons vu plusieurs cas, à la Maternité de Paris, de nouveau-nés atteints de sclérème qui guérissaient de cette affection dans trois à cinq jours, mais ils continuaient ensuite à perdre encore de leur poids, à avoir des vomissements et de la diarrhée malgré tous les soins donnés dans cet excellent établissement ; ils devenaient athreptiques et finissaient par mourir de cette athrepsie ou d'une autre complication qui venait s'implanter un et deux mois après la guérison complète du sclérème.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La peau des nouveau-nés morts par le sclérème est dure et sa coloration pâle, mais elle peut aussi avoir des plaques rouge vineux et parfois être tachetée d'ecchymoses surtout aux parties déclives.

Si on fait une incision elle paraît mince, sèche, privée de sang et sans aucun exsudat séreux.

La couche de Malpighi est amincie et surtout le derme a perdu son épaisseur tandis que la lame cornée qui est restée normale paraît plus épaisse. Dans le tissu adipeux sous-cutané les travées du tissu connectif qui le séparent sont plus nombreuses et moins minces qu'à l'état normal, au contraire les îlots graisseux sont allongés et amoindris au voisinage surtout du derme, les vésicules adipeuses sont atrophiées et leur contenu granuleux se colore en rouge par la solution de carmin.

Les vaisseaux et surtout ceux du corps papil-

laire sont rétractés et revenus sur eux-mêmes, leur lumière a complètement disparu et selon Bouchut, Descroizilles et Legroux, elle peut être tout à fait oblitérée et imperméable.

Dans tout ce travail pathologique, il s'agit d'une dessiccation de la peau, du tassement de ses couches et d'un certain degré d'atrophie de la graisse, sans aucune production nouvelle ni aucune infiltration séreuse (*Athrepsie*, de Parrot).

Dans les viscères on trouve des lésions variées, des indurations pneumoniques, des altérations catarrhales et folliculaires du tube digestif ; le foie, la rate et les reins sont très congestionnés et altérés.





DIAGNOSTIC

Le diagnostic du sclérème des nouveau-nés n'est pas difficile, mais on peut si on ne fait pas attention, le confondre :

a) Avec un érysipèle qui se produit peu de temps après la naissance. Clémentowsky, de Moscou, en observant l'érysipèle a cru qu'il s'agissait d'une variété du sclérème et il a accepté l'érysipèle comme une forme de cette affection ; nous comprenons facilement l'erreur dans laquelle est tombé le clinicien russe.

Mais dans l'érysipèle, nous constatons l'existence de la fièvre, tandis que au contraire, dans le sclérème, la température est abaissée. Dans l'érysipèle, le pouls est fréquent, il existe des douleurs et la rougeur est circonscrite par un liseré comme dans tous les érysipèles.

On peut aussi confondre (et on l'a confondu pendant très longtemps comme nous avons vu quand

nous avons parlé pour l'historique de cette affection au début de cette étude);

b) Avec l'œdème des nouveau-nés; mais dans l'œdème, il existe une déformation et du gonflement partiel prédominant aux parties déclives; une teinte subictérique de la peau, une dépression des téguments caractéristiques en godet et de la mobilité de la peau sur les parties profondes (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XXXII, p. 608).

Dans le sclérème, les parties envahies sont dures et fermes et non empâtées; la peau ne peut pas glisser sur les téguments sous-jacents et en un mot l'œdème gonfle les téguments tandis que le sclérème les resserre.

Le sclérème ne ressemble à aucune de ces affections, car il suffit d'observer deux ou trois cas de cette maladie pour qu'elle reste gravée dans l'esprit du médecin, pour qu'il puisse ensuite la diagnostiquer sûrement sans se tromper et sans tomber dans une erreur clinique. C'est donc une affection tout à fait facile à reconnaître.





PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic. — Le pronostic est assez grave, mais il l'est moins quand l'enfant naît près de la fin de la grossesse. Dans notre statistique, nous voyons que les enfants cachectiques naissant avant sept mois meurent presque tous, tandis que les enfants qui naissent après sept mois et demi, avec le traitement que nous appliquons aujourd'hui, guérissent la plupart complètement de cette affection si redoutable pour les anciens médecins.

Traitement. — Il n'y a peut être pas un seul des médicaments connus par les médecins ou par l'empirisme même, qui n'ait été essayé contre le sclérème des nouveau-nés.

Les uns (Audry, Auvert, Pelletan, etc.), ont donné l'eau de sureau, de mauve ; le sulfate de quinine, le cuivre, l'huile de foie de morue, l'opium, les vapeurs de benjoin.

Les autres (Trocon, Dugué, Denis de Commercy, Valleix, etc.), les saignées, les sangsues, les vésicatoires, différentes pommades, la glace pour frictionner, etc.

Parrot et Depaule conseillent de ne rien donner, parce qu'ils croyaient que le sclérème étant une complication de l'athrepsie était toujours mortel.

Toutes ces médications étaient données sans aucun résultat, parce que les auteurs ne se basaient pas sur une indication scientifique pour avoir une action réelle et curative. Au contraire, plusieurs de ces médicaments étaient nuisibles et venaient augmenter la gravité de la maladie et provoquer rapidement la fin de la vie des petits malheureux atteints de cette affection.

Aujourd'hui le traitement est tout à fait changé et il a comme base l'étiologie du sclérème et par conséquent il se dirige contre les causes déterminantes et contre les causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes sont, comme nous avons vu, la débilité congénitale, la cachexie, la naissance des enfants avant terme, etc., tandis que la cause déterminante est le froid ; alors nous dirigeons le traitement contre ces deux causes et nous donnons contre les premières les stimulants, le cognac ou les vins fortement chargés d'alcool, par la bouche ou en lavement, en même temps que les potions cordiales.

Bouchut donnait l'ordonnance suivante avec très bon résultat :

Eau de mélisse...	} à 15 grammes.
Eau des Carmes..	
Lait.....	125 grammes.

Par cuillerée à café.

Mais nous pouvons mettre dans cette potion un peu de cognac, ou de potion cordiale ou quelques gouttes d'éther sulfurique.

Il faut aussi faire téter l'enfant. Dans le cas où le sclérème est généralisé et atteint les lèvres et si par conséquent l'enfant ne peut pas ouvrir bien la bouche, ni téter, alors nous lui donnons du lait de nourrice, à la cuiller, neuf fois dans les vingt-quatre heures, de dix à vingt grammes à chaque fois selon les forces et le poids du petit malade.

Mais il y a des cas où l'enfant ne peut ni téter, ni avaler même, alors ici nous lui faisons le gavage.

Nous avons vu du sclérème, surtout à la fin, être accompagné de vomissements, alors nous faisons des lavages de l'estomac avec de l'eau de Vichy.

Legroux a inventé et préconisé le massage comme moyen curatif; nous l'acceptons, mais en employant aussi les autres procédés thérapeutiques que nous possédons à l'heure actuelle.

Nous arrivons maintenant au traitement contre la cause déterminante, au traitement le plus efficace et le plus curatif et qui non seulement guérit le sclérème très souvent, mais qui est préventif et

qui empêche les enfants nés avant terme, débilités, cachectiques, etc., de se refroidir et d'être atteints en conséquence de cette affection.

C'est à M. le professeur Tarnier, notre éminent Maître, que la science et l'humanité sont redevables de ce procédé thérapeutique : la couveuse, application admirable de l'élevage des oiseaux, à l'élevage des enfants pour ainsi dire, et si scientifiquement vulgarisée maintenant dans les crèches de Paris.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Sam..., enfant du sexe féminin, née en ville le 16 avril 1894, avant terme à 6 mois, de parents très bien portants, apporté à l'hôpital le lendemain de sa naissance avec du sclérème généralisé.

Etat actuel 27 avril :

La peau de l'enfant est rouge et un tout petit peu violacée, surtout aux membres inférieurs, elle a perdu ses plis normaux et sa souplesse, elle a une consistance dure, fibreuse et en essayant de la saisir entre les deux doigts, nous arrivons difficilement, surtout aux membres inférieurs, à la plisser.

La sensibilité est un peu diminuée. En mettant la main sur les parties malades nous sentons qu'elles sont froides.

L'enfant est atteinte du sclérème à la figure

aussi, elle ne peut pas ouvrir la bouche ni téter, elle pousse de temps en temps de petits cris et sa voix est très faible et presque voilée.

Le pouls est petit, mais régulier, et il bat 95 fois par minute. La respiration est faible et régulière avec un peu de gêne.

La température prise dans le rectum aussitôt après son arrivée est 30°4. Le poids 1250 grammes.

On a institué le traitement suivant :

On lui a donné un bain de sublimé à 37° et après son bain on l'a mise dans la couveuse dans une température de 30°. On l'a nourrie avec le lait d'une nourrice avec un verre, parce que l'enfant ne peut pas téter on lui donne neuf fois dans 24 heures, 20 grammes chaque fois. De plus l'enfant prend trois fois par jour du grog, 4 grammes à chaque fois.

Mais malgré toutes ces précautions et ce traitement, l'état de l'enfant devient plus grave, elle n'avale pas et le 28 avril, au matin elle était morte.

OBSERVATION II (inédite).

Paul L..., garçon, est apporté à l'hôpital une heure après sa naissance avec du sclérème généralisé.

Il est né en ville de parents bien portants, avant terme, à 7 mois et demi.

Etat actuel le 2 août : 12 heures.

Le sclérème atteint les membres inférieurs et supérieurs comme la face aussi. La coloration de la peau des parties malades est rouge foncé, la peau a perdu ses plis normaux, elle est dure et en la prenant pour la plisser entre les deux doigts, c'est tout à fait impossible. Avec la main nous sentons les parties malades froides et nous trouvons la consistance dure d'une dureté fibreuse.

La sensibilité des parties malades nous paraît tout à fait normale. L'enfant resté immobile et raide sans pouvoir faire aucun mouvement ni plier les articulations, il a les yeux fermés, il ne peut pas ouvrir la bouche ni téter et il pousse assez souvent des cris aigus, très faibles, qui se perdent de temps en temps dans le larynx même.

Le pouls est à 100 pulsations par minute, la respiration faible et difficile, et la température prise dans le rectum est 29°8, le poids 1820 grammes.

On lui donne comme traitement :

Aussitôt après son entrée un bain de sublimé à 38°. Ensuite on le met dans la couveuse dans une température de 30°. On lui donne du lait de nourrice avec le verre parce que l'enfant ne tète pas, mais il avale bien. De plus, il prend trois fois par jour du grog, 4 grammes chaque fois.

3 août. Les parties malades sont dans le même état, la respiration est un peu plus forte, le pouls bat à 110 pulsations, les cris de l'enfant sont plus

nets, la température 30°6, le poids 1840. Même traitement.

Le 4 août. La rougeur de la peau est moins marquée, la dureté des parties malades a diminué également ; les mouvements se font avec plus de facilité ; la respiration est plus forte, l'enfant pousse des cris plus distincts, il a tété un peu et avale bien le lait de nourrice qu'on lui donne avec une cuillère.

Le pouls bat à 124, la température est 35°2, le poids 1.854 grammes.

Le 5 août. La coloration est légèrement rouge, la peau n'est plus dure et elle a la consistance presque normale, la respiration est régulière et normale le pouls 135, la température 36°2 et le poids 1.862 grammes. L'enfant tète bien.

Il est guéri du sclérème mais il est resté dans l'hôpital encore quelque temps dans la couveuse parce que le poids a été stationnaire pendant quelques jours, ensuite il est sorti complètement guéri avec un poids de 2.130 grammes.

OBSERVATION III (inédite).

Jeanne A..., du sexe féminin née, en ville avant terme, à 7 mois 1/2, de parents bien portants, est apportée à l'hôpital 12 heures après sa naissance avec du sclérème généralisé le 27 août 1893.

Etat actuel le 27 août :

La peau est rouge foncé et presque violacée surtout aux membres, elle est dure, d'une dureté fibreuse, elle n'a plus sa souplesse et ses plis normaux et en essayant de la saisir entre les deux doigts nous arrivons difficilement, surtout aux membres inférieurs, à la plisser.

La sensibilité ne nous paraît pas bien modifiée si ce n'est une petite hyperesthésie assez nettement marquée à la face antérieure de la cuisse gauche.

En mettant notre main sur les parties atteintes nous sentons qu'elles sont froides.

La face de l'enfant est atteinte du sclérème aussi et par conséquent elle ne peut ni ouvrir la bouche ni téter ; elle reste immobile et raide comme du bois sans avoir les yeux ouverts.

Sa voix est faible et voilée et quand elle pousse des cris, ils se perdent dans le larynx même.

Le poulx est petit, mais régulier et il est à 106 pulsations par minute. La respiration est faible, régulière et légèrement gênée et la température prise dans le rectum aussitôt après son arrivée est 31° tandis que le poids, 1715 grammes.

On a institué le traitement suivant :

Aussitôt après son entrée, on lui a donné un bain de sublimé à 38° et après son bain on l'a mise dans la couveuse dans une température de 30°. On l'a nourrie avec le lait d'une nourrice, avec un verre parce que l'enfant ne peut pas téter ; elle avale bien. Elle prend neuf fois dans 24 heures,

20 grammes à chaque fois. De plus, elle prend trois fois par jour du grog, quatre grammes à chaque fois.

Le 28 août. Les parties malades sont dans le même état, la respiration aussi ; le poulx a 104 pulsations par minute, la température prise dans le rectum est la même, c'est-à-dire 31°, tandis que le poids est diminué à 1.630 gr., même traitement.

Le 29 août. L'enfant se trouve dans le même état ; tous les symptômes sont stationnaires, sauf la température qui est un peu élevée à 33°, même traitement.

Le 30 août. La rougeur de la peau est moins marquée, la dureté des parties malades a diminué également, la respiration est plus forte, le poulx bat à 115 pulsations, les cris de l'enfant sont plus nets, la température est à 34°2 mais le poids reste à 1.630, même traitement.

Le 1^{er} septembre. La coloration de la peau est légèrement rouge, la peau n'est plus dure, et elle a la consistance presque normale. La respiration est régulière et normale, la température 36°1, le poulx à 132, mais le poids n'a pas augmenté beaucoup, 1658 grammes. Même traitement.

Le 2 septembre. L'enfant est guérie du sclérème mais elle est faible ; elle est restée à l'hôpital encore quelque temps dans la couveuse parce que le poids a été stationnaire pendant plusieurs jours, ensuite elle est sortie complètement guérie avec un poids de 2.050 grammes.

OBSERVATION IV

(Thèse de Lesage, page 81)

Choléra infantile ; Sclérème.

Petite fille de 8 mois 1/2 est apportée à la consultation de la Pitié le 23 août 1888.

Cette petite fille, bien portante jusqu'alors, est élevée au sein. Elle est grasse, potelée. D'après les renseignements donnés par la mère (et cette dernière est intelligente) l'allaitement s'est fait dans de bonnes conditions. La mère a suffisamment de lait pour nourrir son enfant. Elle affirme qu'elle n'a donné, les jours précédents, aucun autre aliment à son enfant. D'ailleurs cette dernière se portait très bien la veille.

La mère est très bien portante et n'a pas de troubles digestifs. La maladie avait débuté le 22 au matin par de la diarrhée (verte durant les premières heures, puis jaunâtre, puis incolore, mouillant le linge comme de l'eau).

Cette diarrhée prit rapidement une très grande intensité, au point que de 9 heures du matin à 5 heures du soir, l'enfant avait été changé une quinzaine de fois et que chaque fois les langes étaient souillés.

Vers 11 heures du matin apparaissent des vomissements qui persistent avec la diarrhée. Ces

vomissements sont intenses, l'enfant rejette le lait qu'il prend. Les troubles digestifs persistant, la mère appelle un médecin dans la soirée. Traitement : sous-nitrate de bismuth. Durant la nuit du 22 au 23 août, les vomissements et la diarrhée persistent. La diarrhée est intense, aqueuse, jaunâtre (15 selles environ durant la nuit). L'enfant se refroidit, devient pâle, d'un teint terreux, ses ongles deviennent bleus. Il refuse toute alimentation et tombe en collapsus et algidité.

Le 24 août, à 10 heures du matin, nous le voyons pour la première fois. L'enfant présente le tableau type du choléra infantile : pâleur généralisée, yeux excavés entourés d'un cercle bleuâtre, langue normale avec un léger enduit saburral un peu sèche et froide. Traits tirés, le corps est refroidi, il est en algidité, les ongles sont violacés, les lèvres de même et en collapsus, aucune excitation ne peut le réveiller et le faire sortir de cet état. L'enfant ne vomit plus mais la diarrhée persiste. Le ventre est mou, affaissé. Il ne paraît pas douloureux à la pression, on ne trouve ni dilatation de l'estomac, ni tympanisme. Le foie est normal. La rate est normale. Il est impossible de voir s'il y a de l'urine dans la vessie. L'enfant respire fréquemment, nous notons 52 respirations par minute (respirations faibles, superficielles), à l'auscultation et à la percussion, cependant le poumon est sain. L'enfant est amaigri, suivant la mère cependant l'adipose sous-cutanée est comme figée au point que la pres-

sion n'y réveille pas l'apparition d'un godet, ce sclérème est généralisé à tout le corps surtout aux membres. Nous prenons la température 37°3 dans le rectum, 35°6 dans l'aisselle. Le pouls est filiforme, incomptable. D'ailleurs l'auscultation montre que le cœur bat faiblement. Algidité complète.

Nous avons pu voir les langes de cet enfant. Ils sont mouillés par une diarrhée aqueuse incolore sans grains riziformes. Réaction neutre. Absence de pigment biliaire, çà et là quelques grumeaux grisâtres formés de l'amas de cellules de desquamation. Nous avons étudié ces selles, au point de vue bactériologique et nous avons pu y déceler la présence du microbe pathogène mélangé aux autres microbes de l'intestin. L'enfant est mort dans la journée en pleine algidité. Nous n'avons pu pratiquer l'autopsie.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, aucun autre enfant n'avait été atteint dans la maison qu'habitait la mère.

OBSERVATION V

(Thèse de Phelipeau, page 38).

Au n° 27, salle Saint-Pierre, se trouve une femme accouchée le 31 août d'un enfant non à terme, 7 mois et demi.

Etat de l'enfant le 1^{er} septembre. L'enfant était maigre, chétif, présentait des signes d'une débilité générale très grande, son cri était à peine accentué, ses mouvements très faibles, sa respiration se faisait mal, autant qu'il était possible d'en juger par la presque immobilité des parois thoraciques; il ne prenait pas le sein. La coloration de la peau était violette plus foncée aux extrémités du membre qu'aux autres parties du corps; les membres étaient tuméfiés, durs, ne conservaient aux extrémités en aucune façon l'impression du doigt; réfrigération profonde de tout le corps.

Massage, agitation musculaire gymnastique des membres. Pendant cette opération le cri de l'enfant, d'abord faible, étouffé, ne tarda pas à devenir plein, les mouvements des membres y succédèrent; la couleur violacée semblait diminuer à chaque pression. Répétitions de ces opérations plusieurs fois dans la journée: réchauffer l'enfant, le remuer, bain aromatique, lui faire couler dans la bouche quelques cuillerées de lait.

Le 2. Coloration violette du corps moins intense, elle est un peu diminuée aux extrémités, membres souple, cris de meilleure nature, il a pris le sein plusieurs fois dans la journée. Mêmes opérations que le premier jour pendant lesquelles l'enfant crie avec force, le soulèvement manifeste du thorax annonce une respiration qui s'établit. Mêmes prescriptions.

Le 3. Coloration rouge du corps à peu près dis-

parue, si ce n'est aux pieds et aux mains, tout en étant moindre que les jours précédents, elle n'est pas encore complètement effacée. La chaleur est revenue, grâce aux bons soins qui lui furent prodigués, il fait bien ses fonctions et tête bien et mieux que les jours précédents. Mêmes opérations, même prescription.

Le 5. Coloration du corps normale, la couleur violette a disparu aux extrémités, cri de bonne nature, mouvements des membres revenus, la respiration se fait bien, il prend le sein, chaleur revenue. (Mêmes opérations, même prescription qu'au 8 septembre, jour de la sortie de la mère de l'hôpital). L'enfant à cette époque était dans un état très satisfaisant, il faisait bien toutes ses fonctions, chaleur normale, respiration bonne, embonpoint manifeste.

Nous avons pu recueillir dans la crèche de la Maternité, établissement pour les nouveau-nés malades nés en ville, 75 cas de sclérème dans une année et nous avons fait une petite statistique en démontrant l'époque pendant laquelle le sclérème est plus fréquent, et la proportion des morts et des guérisons comme aussi le chiffre de garçons ou de filles qui étaient atteints de cette maladie.

Notre statistique commence le 15 juin 1893, et finit le 22 mai 1894, c'est-à-dire une année presque.

Juin.....	1	Décembre .	9
Juillet	3	Janvier ...	12
Août.....	5	Février	8
Septembre. .	6	Mars.....	10
Octobre....	7	Avril.....	4
Novembre. .	7	Mai.....	3
Guérison . .	31	Garçons. .	39
Morts.....	45	Filles.....	36





CONCLUSIONS

Arrivé au terme de ce travail sur le sclérème des nouveau-nés, nous pouvons résumer maintenant les conclusions auxquelles cette étude nous a conduit.

I. — Le sclérème et l'œdème des nouveau-nés sont deux maladies différentes, comme définitivement Parrot l'a démontré.

II. — Le sclérème peut exister tout seul en dehors de l'athrepsie, sans être un symptôme de cette affection et, contrairement à ce que Parrot admettait, chacune des deux maladies peut se développer isolément.

III. — Le sclérème peut se manifester dans le choléra infantile à la période de collapsus et d'algidité comme une complication qui amène souvent la mort.

IV. — La cause déterminante est le froid qui agit sur un terrain faible, cachectique, sur un enfant né avant terme ; quelquefois il peut sévir sur un enfant né à terme, bien portant, mais ces cas sont beaucoup plus rares.

V. — La meilleure thérapeutique consiste dans l'emploi de la couveuse et de stimulants appropriés.

Non seulement la couveuse peut guérir le sclérème, mais elle peut encore prévenir le développement de cette affection chez un enfant né avant terme et débile. La preuve en est faite par la rareté actuelle du sclérème dans les Maternités de Paris et si nous avons pu faire la statistique de 75 cas, c'est que les malades étaient nés en ville où les précautions nécessaires étaient insuffisamment prises et, à leur entrée à l'hôpital, ils étaient tous porteurs de la maladie.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Tarnier et Budin.* — Traité d'accouchements.
Descroizilles. — Pathologie infantile.
Parrot. — Athrepsie.
Bouchut. — Maladies des nouveau-nés.
Depaul. — Dict. encycl. des sc. médicales, art.
« Nouveau-nés » et cliniques.
Letulle. — Dict. de méd. et de chir. pratiques,
art. « Sclérème ».
Valleix. — Maladies des nouveau-nés.
Trocon. — Thèse de Paris, 1814.
Barbeaux. — Thèse de Paris, 1822.
Genay. — Thèse de Paris, 1822.
Denis de Commercy. — Thèse de Paris, 1824.
Léger. — Thèse de Paris, 1824.
Phelipeaux. — Thèse de Paris, 1857.
Espine et Picot. — Maladies des enfants.
Comby. — Maladies des enfants.
Bazinsky. — Maladies des enfants.
Lesage. — Thèse de Paris, 1889.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

